

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2008

**A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner**

Manitoba 

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2008

**A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner**

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	3
Caseload Statistics – 2008	5
Types of Deaths Investigated and Certified	7
Homicides	7
Suicides	8
Accidental Deaths	10
Undetermined Deaths	11
Natural Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	13
Summary of Children's Deaths	13
Sudden Infant Death Syndrome	14
Drug and Ethanol Related Deaths	15
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	16
Inquests	19
Inquest Recommendations – 2008	20
Reported Deaths of Children-in-Care	26
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services and Housing – 2008	26

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to affect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crown" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner (OCME) in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily, and residents of a personal care home. The OCME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.20 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The position of Chief Medical Examiner is a contractual one. The central office has 14 permanent and one term full-time staff: a director, seven medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four support staff. The fee-for-service element is provided by 22 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system. Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Autopsy and pathology services are provided at the Health Sciences Centre and St. Boniface General Hospital in Winnipeg and at Westman Laboratory in Brandon. Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Laboratory at St. Boniface General Hospital in Winnipeg. Testing in criminal cases is done at the Royal Canadian Mounted Police (RCMP) Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained

whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2008, 5938 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 59% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the RCMP and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The OCME also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing. In September 2008, as the result of a change in legislation, the responsibility for the review of the actions of CFS agencies was transferred from *The Fatality Inquiries Act* to *The Children's Advocate Enhanced Mandate Act*. The OCME however remains responsible for the investigation of all children's deaths within the province of Manitoba.

The office is contacted by the eye, tissue and organ donor programs, before proceeding with retrieval in reportable cases. This helps in fulfilling our mandate as well as their requirements.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown frequently, under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2008

Medical Examiner Certified Cases	1646
Non-Medical Examiner Cases	4292
Total Caseload	<u>5938</u>

CASELOAD REVIEW 1994 – 2008

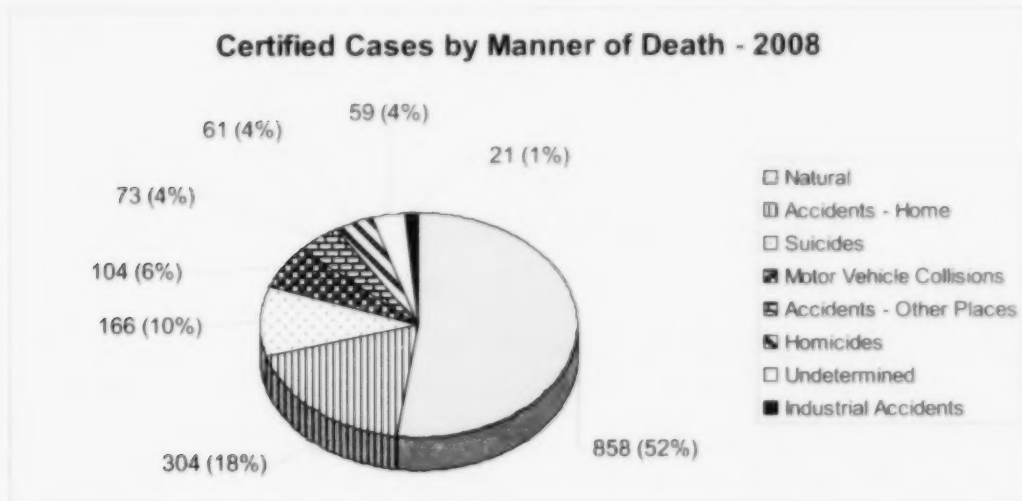
YEAR	TOTAL
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935
2003	5963
2004	5977
2005	5925
2006	5846
2007	5822
2008	5938

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review includes all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
<i>Natural</i>	3559	1591	5150
<i>Accidents in the Home</i>	232	72	304
<i>Motor Vehicle Collisions</i>	31	73	104
<i>Accidents in Other Places</i>	28	45	73
<i>Industrial Accidents</i>	8	13	21
<i>Suicides</i>	94	72	166
<i>Homicides</i>	38	23	61
<i>Undetermined</i>	44	15	59
TOTAL	4034	1904	5938

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner. Percentages may not add to 100% due to rounding.

TYPES OF DEATH INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	33	5	38
Rural	21	2	23
Total	<u>54</u>	<u>7</u>	<u>61</u>

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

Method	Age							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	
Firearms	0	3	8	5	2	1	1	20
Blunt Weapon/ Violence	1	1	5	3	7	2	1	20
Stabbing/ Incised Wound	1	3	6	3	5	1	0	19
Battered Child/ Shaken Baby	0	0	0	0	0	0	0	0
Other	0	2	0	0	0	0	0	2
Total	<u>2</u>	<u>9</u>	<u>19</u>	<u>11</u>	<u>14</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>61</u>

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	58	36	94
Rural	49	23	72
Total	<u>107</u>	<u>59</u>	<u>166</u>

SUICIDES BY AGE AND GENDER

Gender	Age									Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	
Male	1	9	22	14	19	19	9	10	4	107
Female	0	13	9	5	14	9	8	1	0	59
Total	<u>1</u>	<u>22</u>	<u>31</u>	<u>19</u>	<u>33</u>	<u>28</u>	<u>17</u>	<u>11</u>	<u>4</u>	<u>166</u>
Per 100,000	0.67	12.97	19.39	12.28	18.47	17.42	16.04	16.04	7.80	13.85

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of 2007 (Manitoba Health Population Report – June 1, 2008).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	44	30	74	44.6%
Drug Overdose	12	23	35	21.1%
Firearms	21	0	21	12.7%
Jumping From Heights	7	2	9	5.4%
Carbon Monoxide	6	1	7	4.2%
Asphyxia	4	2	6	3.6%
Drowning	4	0	4	2.4%
Train/Vehicle Related	3	0	3	1.8%
Cutting/Stabbing	3	0	3	1.8%
Other	3	1	4	2.4%
Total	<u>107</u>	<u>59</u>	<u>166</u>	<u>100.0%</u>

Note: Percentages may not add to 100% due to rounding.

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	13	6	19
February	2	9	11
March	10	3	13
April	11	7	18
May	12	5	17
June	8	5	13
July	4	4	8
August	9	7	16
September	6	8	14
October	8	8	16
November	8	7	15
December	3	3	6
Total	<u>94</u>	<u>72</u>	<u>166</u>

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Total	<u>8</u>	<u>13</u>	<u>21</u>

Accidents In The Home

Falls	155	33	188
Drug/Alcohol Overdose	59	22	81
Smoke Inhalation	5	11	16
Café Coronary	5	1	6
Asphyxia	1	2	3
Drowning	1	1	2
Auto Eroticism	1	1	2
Burning / Scalding	2	0	2
Other	3	1	4
Total	<u>232</u>	<u>72</u>	<u>304</u>

Accidents In Other Places

Drowning	2	16	18
Falls	9	7	16
Exposure	6	9	15
Therapeutic Misadventure	2	1	3
CO Poisoning	0	3	3
Animal Related (Not MVA)	1	1	2
Hunting	1	0	1
Other	7	8	15
Total	<u>28</u>	<u>45</u>	<u>73</u>

Total Non – Traffic Accidents	<u>268</u>	<u>130</u>	<u>398</u>
--------------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Traffic Accidents

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	10	24	34
Single Vehicle	5	23	28
Vehicle/Pedestrian	8	8	16
All Terrain Vehicle	0	6	6
Vehicle/Cyclist	0	4	4
Snowmobile	0	4	4
Motorcycle	3	0	3
Minibike/Dirtbike	0	2	2
Vehicle/Motorcycle	1	1	2
Multiple Vehicle	1	0	1
Vehicle/Train	0	1	1
Other	3	0	3
Total Traffic Accidents	31	73	104
Total Non-Traffic Accidents	268	130	398
Total Accidental Deaths	<u>299</u>	<u>203</u>	<u>502</u>

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	8	12	20
No Anatomical Cause Found	9	5	14
Drowning	2	1	3
Head Injuries	2	1	3
SIDS	0	2	2
SUDS	1	1	2
Gunshot Wound	1	1	2
Multiple Injuries	1	0	1
Other	10	2	12
Total	<u>34</u>	<u>25</u>	<u>59</u>

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	374	150	524
Lung Disease	43	43	86
Hemorrhage	40	44	84
Cancer	22	9	31
Post – Operative	4	2	6
Peritonitis	4	6	10
Undetermined	4	6	10
Epilepsy	1	0	1
Prematurity	1	0	1
Intra-Operative	1	1	2
Meningitis	4	0	4
AIDS	1	0	1
Other	53	45	98
<u>Total</u>	<u>552</u>	<u>306</u>	<u>858</u>

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	8	3	11
1-9	3	1	4
10-19	4	2	6
20-29	10	6	16
30-39	15	12	27
40-49	55	31	86
50-59	113	45	158
60-69	138	49	187
70-79	124	66	190
80-89	66	73	139
90-99	16	18	34
<u>Total</u>	<u>552</u>	<u>306</u>	<u>858</u>

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	922	1637	2559
Natural**	22	13	35
Accidents in the Home	29	53	82
Accidents in Other Places	4	1	5
Industrial Accidents (Asbestos exposure)	1	0	1
Motor Vehicle Collisions	1	0	1
Homicides	1	0	1
Undetermined	1	0	1
Total	<u>981</u>	<u>1704</u>	<u>2685</u>

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner

** Certified by a medical examiner

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

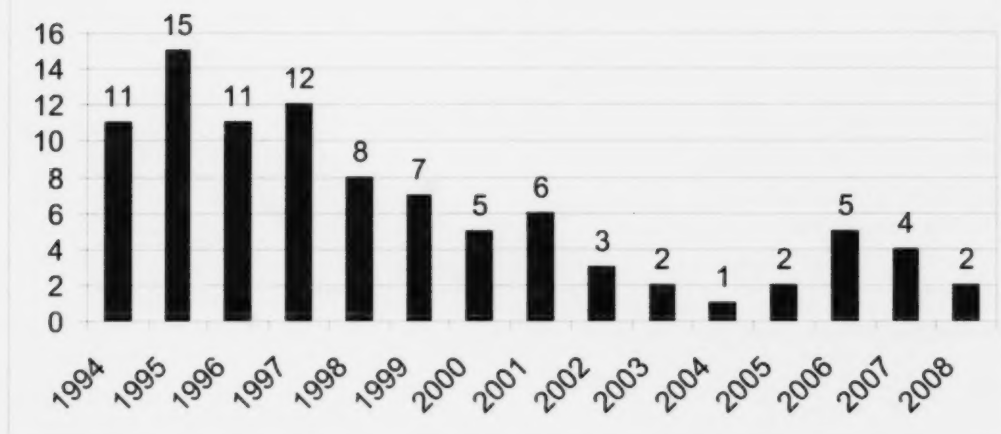
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	12	6	18
Natural**	51	55	106
Motor Vehicle Collisions	1	3	4
Undetermined	4	5	9
Suicides	4	8	12
Homicides	7	0	7
Accidents in Other Places	11	1	12
Accidents in the Home	8	0	8
Industrial Accidents	1	0	1
Total	<u>99</u>	<u>78</u>	<u>177</u>

Note: 2 cases of SIDS are included in the undetermined category.

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

** Certified by a medical examiner.

**Sudden Infant Death Syndrome Cases
Manitoba 1994 - 2008**



**SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2007**

Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	1	0	0	1
February	0	0	0	0
March	0	1	0	1
April	0	0	0	0
May	0	0	0	0
June	0	0	0	0
July	0	0	0	0
August	0	0	0	0
September	0	0	0	0
October	0	0	0	0
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>2</u>

DRUG AND ETHANOL RELATED DEATHS

Accidents

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	1	0	1	0	1	0	0	0	3
18-35	1	1	2	2	3	0	2	0	11
35-54	8	6	8	8	11	1	6	1	49
55 +	6	4	5	3	0	0	2	0	20
Totals	16	11	16	13	15	1	10	1	83

Suicides

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	0	1	0	0	0	0	1
35-54	0	0	4	7	0	0	2	3	16
55 +	0	0	5	10	0	0	0	1	16
Totals	0	0	9	18	0	0	2	4	33

Undetermined

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	0	0	0	2	0	1	3
35-54	0	0	1	5	0	0	1	1	8
55 +	0	0	1	2	0	0	2	0	5
Totals	0	0	2	7	0	2	3	2	16

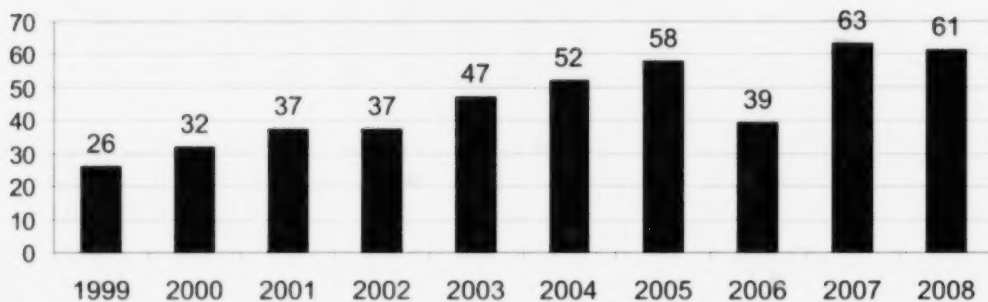
* Prescription drugs refer to drugs prescribed by a physician. In some cases individuals die of an overdose of a prescription drug that is not prescribed to them. These cases are still classified as a prescription drug overdose. Non-prescription drugs such as acetaminophen, ASA, or ibuprofen are sometimes referred to as over the counter (OTC) drugs.

** Illicit drugs are drugs considered illegal such as cocaine, heroin, or ecstasy.

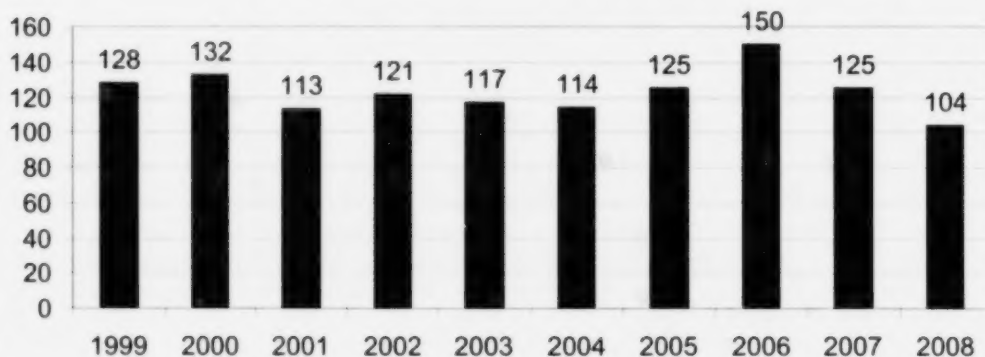
*** Deaths involving high levels of ethanol (> 80 mg/100ml) in combination with high levels of either illicit drugs and/or prescription/non-prescription medication.

MANITOBA DEATHS A 10 YEAR REVIEW

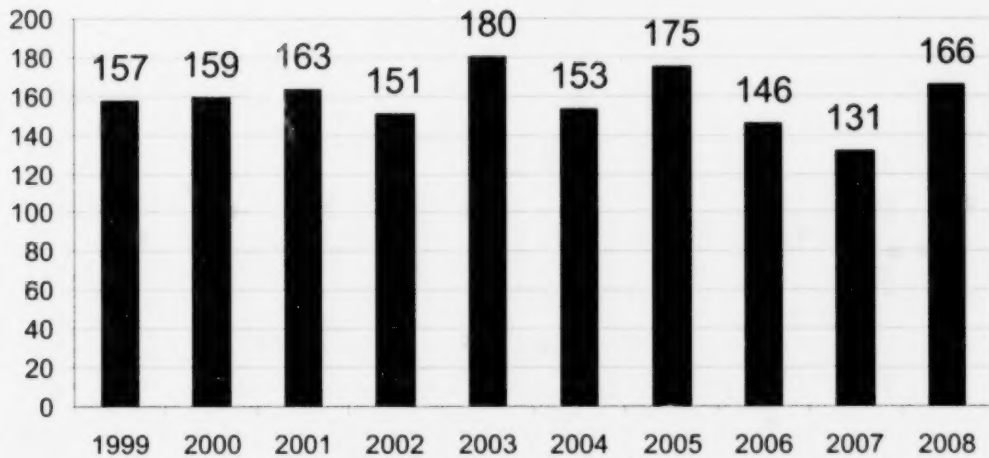
Homicides 1999 - 2008



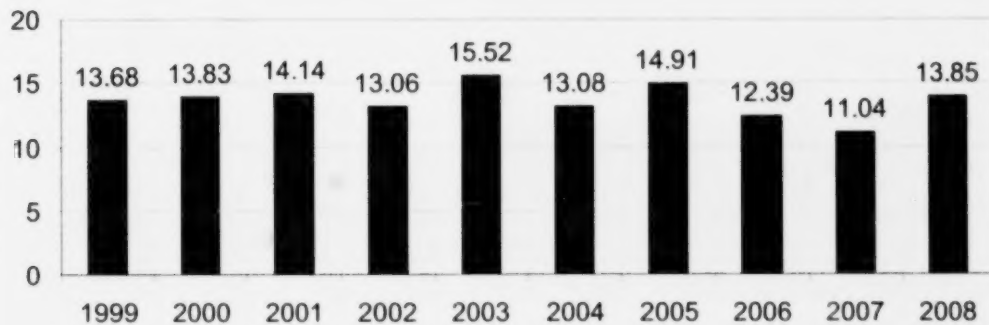
Motor Vehicle Fatalities 1999 - 2008



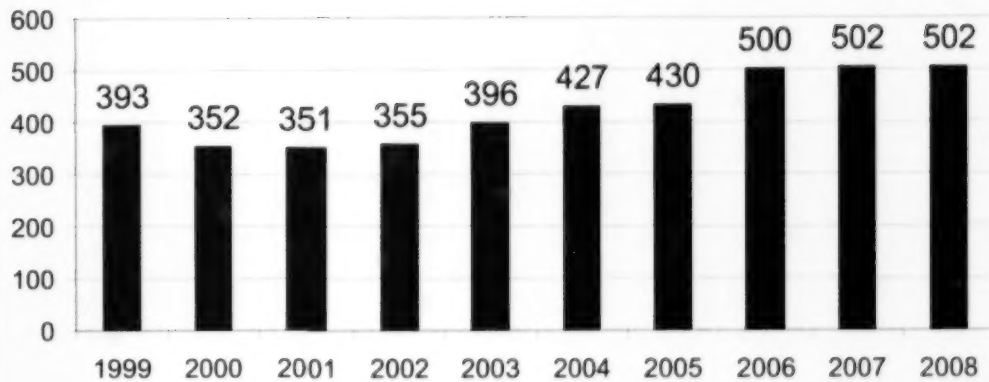
Suicides 1999 - 2008



Suicide Rate Per 100,000 Population 1999 - 2008

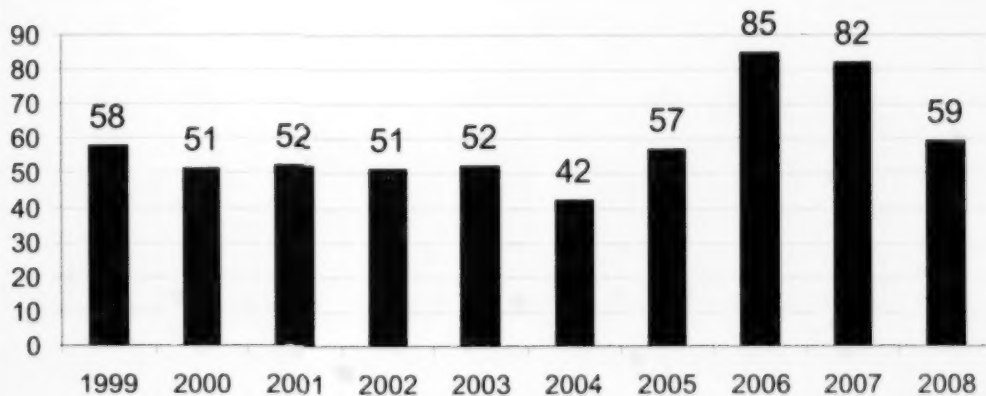


Accidental Deaths 1999 - 2008



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.

Undetermined Manner of Death 1999 - 2008



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquests called January 1, 2008 – December 31, 2008	3
Inquest reports received January 1, 2008 – December 31, 2008	3

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2008 – December 31, 2008)

Police Related	Homicide	1
	Total	<u>1</u>
Child In Care Related	Suicide	1
	Total	<u>1</u>
Industrial Related	Accidental	1
	Total	<u>1</u>
TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2008		3

Inquest Report Recommendations Received - 2008

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website
www.manitobacourts.mb.ca

CASE FILE NO. 1989/05

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: This 14 year old resident of a group home was found hanging in a garage by a friend. On the day in question she had obtained money from sexual activities and had used this money to purchase crack cocaine. The deceased and another friend then attended to a garage on Victor Street where they both fell asleep. Some time later, another friend arrived at the garage and discovered the deceased hanging.

Judicial Recommendations:

1. A summit should be held involving all the stakeholders – police, child welfare workers, justice officials, community groups, aboriginal groups, government agencies, etc. – to examine all possible law enforcement, legislative and legal means to create a strategy for the attack on sexual exploitation and drug abuse of children on our streets.
2. Creation of a dedicated, specialized, multi-disciplinary unit to implement the strategy decided upon as a result of the summit.
3. Programs or workshops presented on the reserves to educate children and their parents about the dangers of drugs.

The following six recommendations were put forth by the Chief Medical Examiner in the Section 10 Report to the Minister of Family Services and Housing.

4. The Chief Medical Examiner recommends that the Southern Authority, in conjunction with Southeast Child and Family Services and local child care committees use comprehensive family, child risk assessment plans to devise permanency plans for children where familial circumstances resemble those of the deceased child and her family. (Section 10 Report)

5. The Chief Medical Examiner recommends that the Director of Child Welfare for the Province of Manitoba, in association with the four authorities, ensure that a protocol is in place with police services in the province regarding identification of a child in the event of the death of child in care. (Section 10 Report)
6. The Chief Medical Examiner recommends that Southeast Child and Family Services maintain its case records in accordance with provincial standards, including placing on its files ongoing summaries of events in the lives of the families and children they serve. (Section 10 Report)
7. The Chief Medical Examiner recommends that Southeast Child and Family Services review its policies on the placement and replacement of children in the foster care system, with a view to how multiple placements can be minimized. (Section 10 Report)
8. The Chief Medical Examiner recommends that Southeast Child and Family Services, with the assistance of the Southern Authority, review with its foster care department as well as its foster parents the placement and replacement of foster children in their homes. (Section 10 Report)
9. The Chief Medical Examiner recommends that the Child Protection Branch and the authorities ensure the province's foundation standards include a provision for pre-placement visits when children are placed in nonemergency or replacement situations. The Chief Medical Examiner further recommends that Southeast Child and Family Services, in the interim, ensure that children in care are provided with pre-placement visits (in non emergency or replacement situations) prior to being placed. (Section 10 Report)
10. The development of a mechanism which flags or triggers a review of a specific file due to the attainment of an established criteria – that criteria may be an event (a disclosure of sexual abuse), passage of time (no review within past year) or a number of placements (over 5). These are merely examples and it is left to the authorities to establish an appropriate criteria which will prevent a specific file not receiving the appropriate attention and monitoring in such an event. Obviously such triggering mechanisms presupposes proper and current documentation or such process is worthless.
11. Resources need to be found to create and buttress the preventative services necessary in any child welfare system. In order to try and keep the child in the family, support needs to be given to assist the family in areas in which they are lacking. The local child care community can provide much needed advice in this area.
12. Urgent and continued discussions need to be participated in to reappraise appropriate funding mechanisms between the Federal and Provincial governments to deal with the critical child welfare issues plaguing our First Nation communities.

13. The steps being taken to ensure all of the child in care files are entered into the Child and Family Services Information System (CFSIS) and the files be updated and maintained.
14. The Southern Authority, together with the Province, seek to find and implement a solution to the connectivity challenges faced by the Agency with respect to CFSIS.
15. Southern Authority to undertake a quality assurance review of Southeast Child and Family Services Agency as a priority item. This should be a comprehensive review of the agency and should include (but not be limited to) a review of the agency's governance structure, funding, workloads, case practices, expenditures (operations and maintenance, federal and provincial), staffing, and organizational structure. The review should include a review of the case files of the agency, including a review of every child in care to ensure proper assessments and case plans are completed. The Southern Authority to develop a corrective action plan for the agency where deficiencies exist.
16. Southern Authority to work with the agency to establish outcomes and outcome measures for the agency, particularly with respect to children in care. This could assist in earlier identification of cases where there is a lack of planning and/or where the agency's practice does not meet standards. For example, one of the outcomes could be a limit on the number of moves within a specified time frame. The data to measure this outcome would identify children who have multiple moves beyond the acceptable level. This would assist both the agency and the Authority to become aware of such cases and to take corrective action.
17. That the agency, with the assistance of the Province and the Southern Authority, ensure that all of its staff are fully trained in CFSIS and the Intake Module and that both are fully used within the agency.
18. The agency, with the cooperation of the Southern Authority, should provide training to staff in the following areas:
 - How to manage and maintain a case file.
 - Best practices in the placement of children in out of home care.
 - How to complete comprehensive assessments, make diagnostic statements and then develop case plans based on such an assessment.
 - How to develop goals and services for contract planning in casework.
 - How to maintain the primacy of a child safety focus in the intervention while still considering the needs of the family.
 - How to provide social work counseling and intervention at the case management level with children and with families.
 - Suicide prevention and intervention.
 - Working with sexually exploited children.

19. Establish a mentorship program, where community workers are paired up with a mentor that can assist the worker in case management. This mentoring can be done by distance (e-mail, phone) or face to face where feasible.
20. Supervisors are an important part of the case management process and serve a needed quality assurance role/function. The Southern Authority, in conjunction with the Agencies, should develop and implement a management and supervisor training program, mandatory for all agency supervisors and management and that Manitoba provide funding for this purpose.
21. The Southern Authority, together with the agency, INAC, and the Province should participate in a redesign of the services and service approach used in the four remote communities that SECFS serves (Little Grand Rapids, Paungassi, Berens River, Bloodvein). A child safety focus must be maintained, but it should be done in the context of building communities and families that are safe for children. All options should be explored, including flexible funding arrangements. The large numbers of children in care from these communities makes that an imperative.
22. The Southern Authority, together with the agency and the Province, should develop a training program specific to the four remote communities that focuses on training staff for CFS. Curriculum and training delivery model should be suitable to the geographic, language, and cultural factors, while still ensuring that graduates of this training program will be able to meet the workforce qualifications standard.
23. The Province of Manitoba should jointly with the four Authorities complete the foundational standards. The four Authorities should also complete development of culturally appropriate standards and the Province of Manitoba should work with the Authorities to expedite their development.
24. Consideration be given for payment of the expense and availability of legal counsel to non-profit organizations which might contribute to the deliberations of future Fatality Inquiries.
25. Funding be examined in order to make available mental health resources to benefit agencies, etc. as a resource to their clients.
26. The prevalence and danger of sexual abuse in families needs to be examined in depth as a major concern in the child welfare system. Resources need to be dedicated to such an examination.
27. Need for increased resources for the creation of more residential beds in facilities for youth at high risk for sexual exploitation and drug addictions.
28. Creation of a protocol that increases resources and support for a youth who discloses an incident of sexual abuse and which protocol emphasizes the immediate investigation of such disclosure.

CASE FILE NO. 1916/00

Cause of Death: 95% body burns due to mine explosion

Manner of Death: Accident

Circumstances: Steven Ryan Ewing died on August 16, 2000 at Health Sciences Centre in Winnipeg, Manitoba. He was 33 years old at the time of his death. The death came as a result of injuries sustained in an explosion, or series of explosions, on August 8, 2000 at Flin Flon, Manitoba. At the time of his injuries, Mr. Ewing was carrying out his duties as an employee of Hudson's Bay Mining and Smelting Co. Limited. Twelve other people sustained injuries as a result of the explosion or explosions.

Judicial Recommendations:

1. The Advisory Council established pursuant to section 15 of the WSHA (Workplace Safety and Health Act) and/or the standing committee under the Operation of Mines regulation should review my recommendations and report to the Minister;
2. The WSHA or its regulations should be amended to reflect that no worker should be tethered to mobile machinery;
3. The Operation of Mines regulation should be amended to define "near misses" and place an onus on every person in the workplace to report a near miss;
4. The Operation of Mines regulation should be amended to state:
 - a) Water should not be allowed to contact molten material under any circumstances;
 - b) If water is to be used on premises where molten material is present, it should only be used after an engineering study has shown that it can be used safely and after such study delineates the parameters and restrictions on its use.
5. The WSHA should be amended to provide for the precise and systematic procedure for controlling identified hazards as set out in the section "Systematic Procedures and Safety".

CASE FILE NO. 0270/05

Cause of Death: Gunshot wounds

Manner of Death: Homicide

Circumstances: This 18 year old male was apparently in the process of a robbery when he was confronted by Winnipeg Police members. He brandished a screwdriver and was told repeatedly by police officer to drop it. After continuing to approach the officers with the screwdriver they attempted to pepper spray him. This did not cause the deceased to lose focus or direction as he continued towards the officer in a threatening manner. He was repeatedly asked again to drop his weapon and when he refused to do so was shot twice by another police officer. After further investigation it was determined that the deceased was not involved in the robbery but there was a warrant out for his arrest.

Judicial Recommendations:

Counsel for Winnipeg Police advised recruits get two days of dynamic scenario training. This training is also available on an elective basis for officers who make a specific request.

Winnipeg Police Service should evaluate situations such as this and develop scenario-based training that follows a similar fact-based pattern in order to assess different techniques that may be of use in a similar kind of situation. This kind of training should be available/required at intervals during an officer's career.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003	25	18	43
2004	20	22	42
2005	30	24	54
2006	21	21	42
2007	30	31	61
2008***	21	12	33
Total	279	226	505

*A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the *Fatality Inquiries Act*. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

***Partial year only (Jan. 1 – Sept. 14)

The former Section 10 of *The Fatality Inquiries Act* was repealed on September 15, 2008. The mandate to review the services provided to a deceased child and its parents or guardians within one year of the child's death, by an agency under *The Child and Family Services Act*, was transferred to the Office of the Children's Advocate. The scope of these reviews was broadened and is now conducted under Section 8.2.3 of *The Children's Advocate Enhanced Mandate Act*. During the transition period from January 1 to September 14, 2008, the Section 10 reviews were completed under the authority of the Chief Medical Examiner with the assistance of additional resources provided by the Department of Family Services and Housing and the Office of the Children's Advocate. During that period a total of 39 reports were completed and submitted in confidence to the Minister of Family Services and Housing. Of those 39 reports, 13 contained no recommendations, and 26 contained a combined total of 71 recommendations made by the Chief Medical Examiner.

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088

Fax: 204-945-2442

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website.
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html



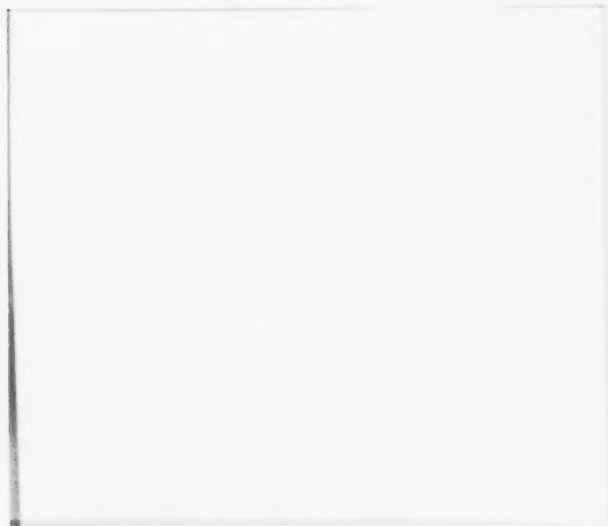
Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2008

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Médecin légiste en chef

Manitoba 



Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2008

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2008	5
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	7
Homicides	7
Suicides	8
Décès accidentels	10
Morts dont la nature est inconnue	11
Morts naturelles	12
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	13
Résumé des morts d'enfants	13
Syndrome de mort subite du nourrisson	14
Décès liés à la drogue et à l'éthanol	15
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	16
Enquêtes	19
Recommandations des rapports d'enquête – 2008	20
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	28
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille et du Logement en 2008	28

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexplicables.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster en 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou des homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes, notamment lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le Bureau du médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,20 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg. Le médecin légiste en chef est embauché à contrat. Le bureau central compte 14 employés permanents et un employé à temps plein nommé pour une période déterminée : un directeur, sept enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre employés de soutien. On a recours aux services de 22 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement. Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les services d'autopsie et de pathologie sont fournis au Centre des sciences de la santé et à l'Hôpital général Saint-Boniface, à Winnipeg, et au Westman Regional Laboratory, à Brandon. Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface, à Winnipeg. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2008, 5 938 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 59 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement. En septembre 2008, en raison de modifications législatives, la responsabilité de l'examen des activités des offices de services à l'enfant et à la famille a été transférée de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* à la *Loi sur l'élargissement du mandat du protecteur des enfants*. Le Bureau est toutefois encore responsable des enquêtes sur tous les décès d'enfants dans la province.

Dans les cas à rapporter, les responsables des programmes de don des yeux, de tissus et d'organes communiquent avec le Bureau du médecin légiste en chef avant les prélèvements, ce qui permet au Bureau de respecter son mandat et les exigences établies par les responsables de ces programmes.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS 2008

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	1 646
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	4 292
Nombre total de cas	<u>5 938</u>

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1994 À 2008

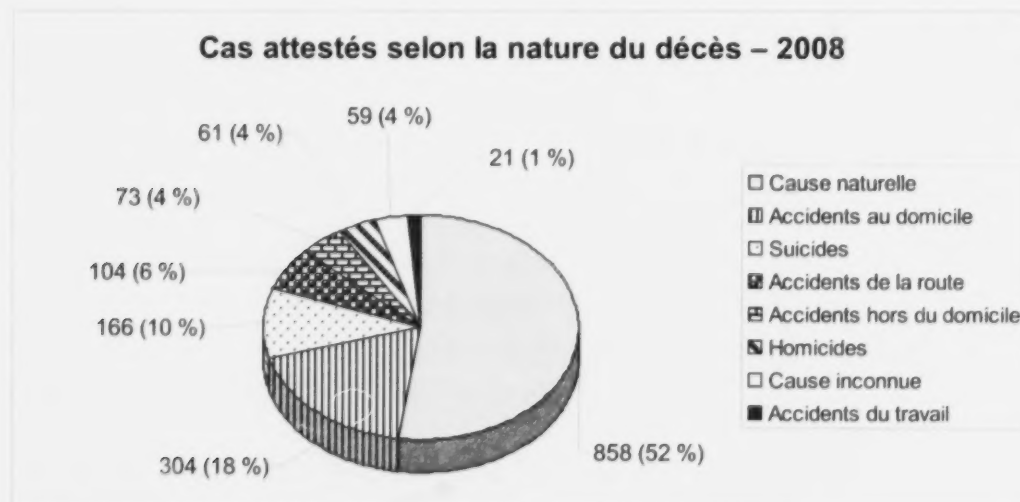
ANNÉE	TOTAL
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935
2003	5 963
2004	5 977
2005	5 925
2006	5 846
2007	5 822
2008	5 938

Remarque : Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

Nature du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
<i>Cause naturelle</i>	3 559	1 591	5 150
<i>Accidents au domicile</i>	232	72	304
<i>Accidents de la route</i>	31	73	104
<i>Accidents hors du domicile</i>	28	45	73
<i>Accidents du travail</i>	8	13	21
<i>Suicides</i>	94	72	166
<i>Homicides</i>	38	23	61
<i>Cause inconnue</i>	44	15	59
TOTAL	4 034	1 904	5 938

Remarque : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».



Nota : Les cas attestés ont fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste. Les chiffres étant arrondis, il est possible que le total ne soit pas égal à 100 %.

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	33	5	38
Région rurale	21	2	23
Total	<u>54</u>	<u>7</u>	<u>61</u>

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

Méthode	Âge							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 et +	
Armes à feu	0	3	8	5	2	1	1	20
Arme contondante, violence	1	1	5	3	7	2	1	20
Arme tranchante, coupure	1	3	6	3	5	1	0	19
Enfant battu, syndrome du bébé secoué	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre	0	2	0	0	0	0	0	2
Total	<u>2</u>	<u>9</u>	<u>19</u>	<u>11</u>	<u>14</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>61</u>

SUICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	58	36	94
Région rurale	49	23	72
Total	<u>107</u>	<u>59</u>	<u>166</u>

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Sexe	Âge									Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	
Hommes	1	9	22	14	19	19	9	10	4	107
Femmes	0	13	9	5	14	9	8	1	0	59
Total	<u>1</u>	<u>22</u>	<u>31</u>	<u>19</u>	<u>33</u>	<u>28</u>	<u>17</u>	<u>11</u>	<u>4</u>	<u>166</u>
Taux par 100 000 hab.	0,67	12,97	19,39	12,28	18,47	17,42	16,04	16,04	7,80	13,85

Remarque : Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en 2007 (rapport sur la population au 1^{er} juin 2008, préparé par Santé Manitoba).

MÉTHODE DE SUICIDE

Méthode	Hommes	Femmes	Total	% du total
Pendaison/strangulation	44	30	74	44,6 %
Surdose de drogue	12	23	35	21,1 %
Armes à feu	21	0	21	12,7 %
Saut dans le vide	7	2	9	5,4 %
Oxyde de carbone	6	1	7	4,2 %
Asphyxie	4	2	6	3,6 %
Noyade	4	0	4	2,4 %
Reliés aux trains et véhicules	3	0	3	1,8 %
Coupures ou coups de couteau	3	0	3	1,8 %
Autre	3	1	4	2,4 %
Total	<u>107</u>	<u>59</u>	<u>166</u>	<u>100,0 %</u>

Remarque : Les chiffres étant arrondis, il est possible que le total ne soit pas égal à 100 %.

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	13	6	19
Février	2	9	11
Mars	10	3	13
Avril	11	7	18
Mai	12	5	17
Juin	8	5	13
Juillet	4	4	8
Août	9	7	16
Septembre	6	8	14
Octobre	8	8	16
Novembre	8	7	15
Décembre	3	3	6
Total	<u>94</u>	<u>72</u>	<u>166</u>

DÉCÈS ACCIDENTELS

Accidents non routiers

Accidents du travail	Région urbaine	Région rurale	Total de décès
Total	<u>8</u>	<u>13</u>	<u>21</u>
Au domicile			
Chute	155	33	188
Surdose (drogue ou alcool)	59	22	81
Inhalation de fumée	5	11	16
Crise de restaurantose	5	1	6
Asphyxie	1	2	3
Noyade	1	1	2
Autoérotisme	1	1	2
Brûlure/ébouillantage	2	0	2
Autre	3	1	4
Total	<u>232</u>	<u>72</u>	<u>304</u>
Ailleurs			
Noyade	2	16	18
Chute	9	7	16
Exposition	6	9	15
Accident thérapeutique	2	1	3
Empoisonnement au CO	0	3	3
Reliés aux animaux (non automobiles)	1	1	2
Chasse	1	0	1
Autre	7	8	15
Total	<u>28</u>	<u>45</u>	<u>73</u>
Total, accidents non routiers	<u>268</u>	<u>130</u>	<u>398</u>

Accidents de la route

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total de décès
Deux véhicules	10	24	34
Un seul véhicule	5	23	28
Véhicule et piéton	8	8	16
Véhicule tout terrain	0	6	6
Véhicule et cycliste	0	4	4
Motoneige	0	4	4
Motocyclette	3	0	3
Mini-vélo, moto hors route	0	2	2
Véhicule et motocyclette	1	1	2
Plusieurs véhicules	1	0	1
Véhicule et train	0	1	1
Autre	3	0	3
Total, accidents de la route	31	73	104
Total, accidents non routiers	268	130	398
Total, morts accidentelles	<u>299</u>	<u>203</u>	<u>502</u>

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Surdose (drogue ou alcool)	8	12	20
Aucune cause physique connue	9	5	14
Noyade	2	1	3
Blessures à la tête	2	1	3
Syndrome de mort subite du nourrisson	0	2	2
Mort subite du nourrisson inexplicée	1	1	2
Blessure par balle	1	1	2
Blessures multiples	1	0	1
Autre	10	2	12
Total	<u>34</u>	<u>25</u>	<u>59</u>

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du cœur	374	150	524
Maladie pulmonaire	43	43	86
Hémorragie	40	44	84
Cancer	22	9	31
Postopératoire	4	2	6
Péritonite	4	6	10
Cause non déterminée	4	6	10
Épilepsie	1	0	1
Naissance prématurée	1	0	1
Peropératoire	1	1	2
Méningite	4	0	4
SIDA	1	0	1
Autre	53	45	98
<u>Total</u>	<u>552</u>	<u>306</u>	<u>858</u>

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	8	3	11
De 1 à 9 ans	3	1	4
De 10 à 19 ans	4	2	6
De 20 à 29 ans	10	6	16
De 30 à 39 ans	15	12	27
De 40 à 49 ans	55	31	86
De 50 à 59 ans	113	45	158
De 60 à 69 ans	138	49	187
De 70 à 79 ans	124	66	190
De 80 à 89 ans	66	73	139
De 90 à 99 ans	16	18	34
<u>Total</u>	<u>552</u>	<u>306</u>	<u>858</u>

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	922	1 637	2 559
Causes naturelles**	22	13	35
Accidents au foyer	29	53	82
Accidents hors du foyer	4	1	5
Accidents du travail (exposition à l'amiante)	1	0	1
Accidents de la route	1	0	1
Homicides	1	0	1
Cause inconnue	1	0	1
Total	<u>981</u>	<u>1 704</u>	<u>2 685</u>

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

** attestés par un médecin légiste.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

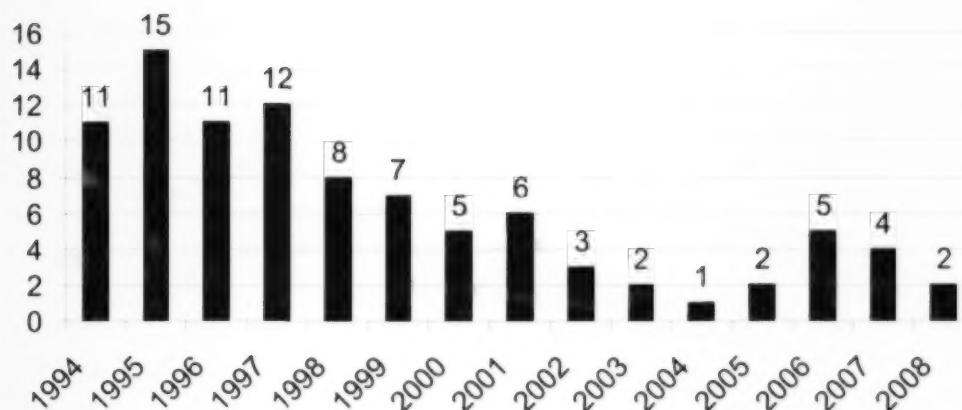
Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	12	6	18
Causes naturelles**	51	55	106
Accidents de la route	1	3	4
Cause inconnue	4	5	9
Suicides	4	8	12
Homicides	7	0	7
Accidents hors du domicile	11	1	12
Accidents au domicile	8	0	8
Accidents du travail	1	0	1
Total	<u>99</u>	<u>78</u>	<u>177</u>

Remarque : Deux cas de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie « causes inconnues ».

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

** attestés par un médecin légiste.

**Cas du syndrome de mort subite du nourrisson
Manitoba 1994-2008**



**SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON
AU MANITOBA EN 2007**

Groupe d'âge	De 0 à 4 mois	De 5 à 8 mois	De 9 à 12 mois	Total
Janvier	1	0	0	1
Février	0	0	0	0
Mars	0	1	0	1
Avril	0	0	0	0
Mai	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0
Août	0	0	0	0
Septembre	0	0	0	0
Octobre	0	0	0	0
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>2</u>

DÉCÈS LIÉS À LA DROGUE ET À L'ÉTHANOL

Accidents

Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	1	0	1	0	1	0	0	0	3
18-35	1	1	2	2	3	0	2	0	11
35-54	8	6	8	8	11	1	6	1	49
55 et +	6	4	5	3	0	0	2	0	20
Totaux	16	11	16	13	15	1	10	1	83

Suicides

Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	0	1	0	0	0	0	1
35-54	0	0	4	7	0	0	2	3	16
55 et +	0	0	5	10	0	0	0	1	16
Totaux	0	0	9	18	0	0	2	4	33

Cause inconnue

Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	0	0	0	2	0	1	3
35-54	0	0	1	5	0	0	1	1	8
55 et +	0	0	1	2	0	0	2	0	5
Totaux	0	0	2	7	0	2	3	2	16

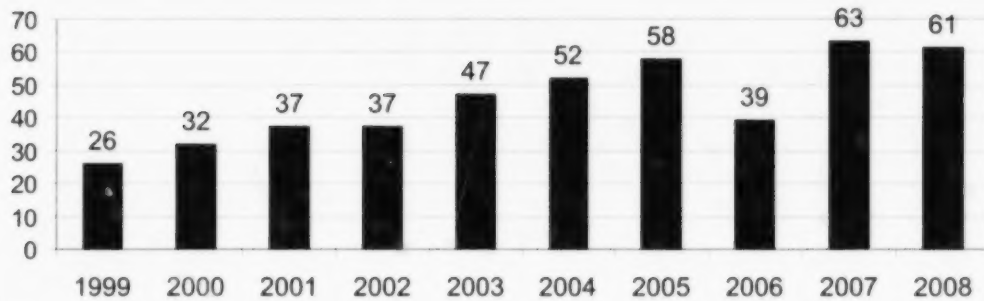
* Les médicaments sur ordonnance sont des médicaments prescrits par un médecin. Certaines personnes meurent d'une surdose de médicaments qui n'ont pas été prescrits pour eux. Ces cas sont néanmoins inclus dans la catégorie de la surdose de médicaments sur ordonnance. Les médicaments vendus sans ordonnance, notamment l'acétaminophène, l'acide acétylsalicylique (AAS) et l'ibuprofène, sont parfois appelés des médicaments en vente libre.

** Les drogues illicites sont les drogues interdites comme la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy.

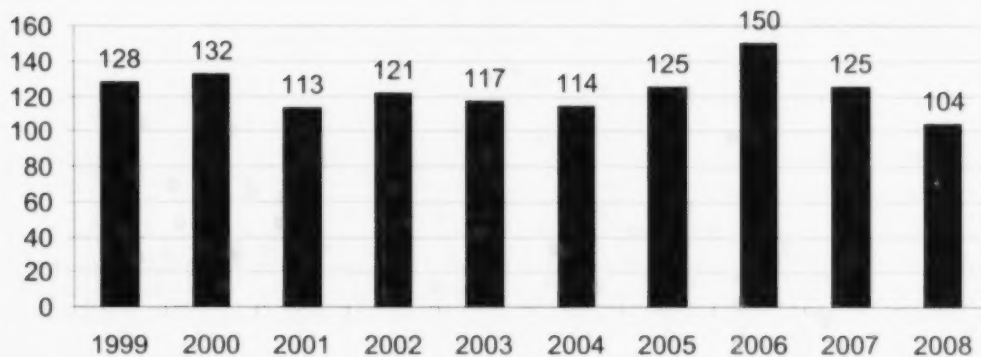
*** Comprend les décès liés à des niveaux élevés à la fois d'éthanol (plus de 80 mg par 100 ml) et de drogues illicites ou de médicaments vendus avec ou sans ordonnance.

NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA EXAMEN DE LA DÉCENNIE

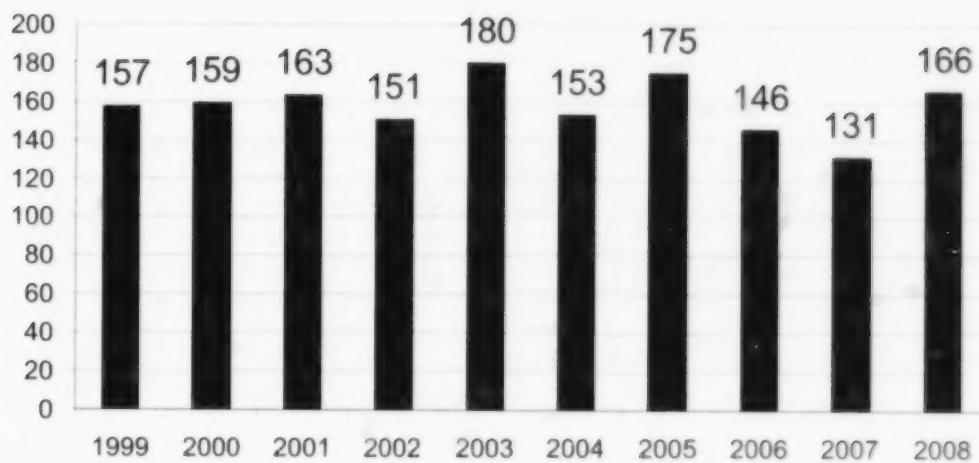
Homicides 1999 - 2008



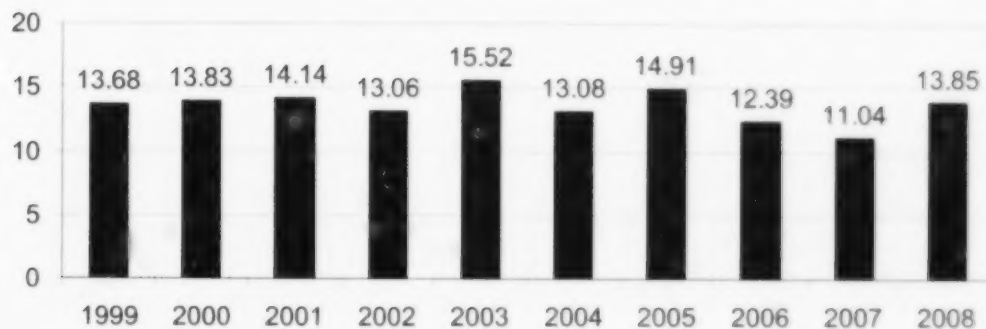
Décès lors d'accidents de la route 1999-2008



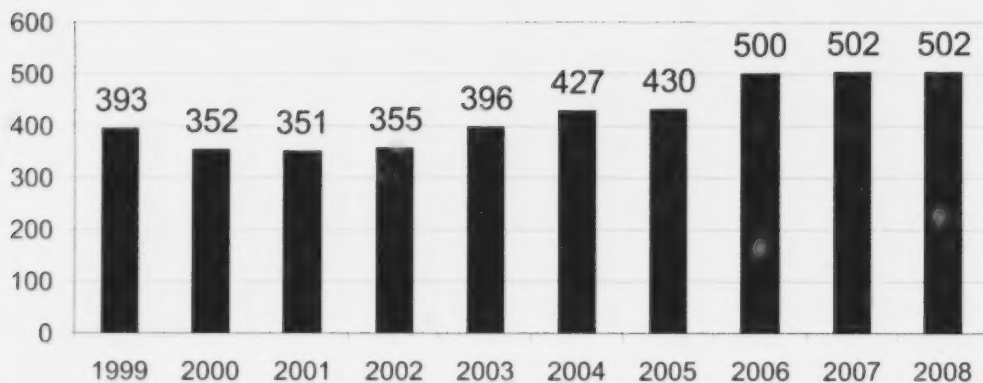
Suicides 1999 - 2008



Taux de suicide par 100 000 habitants 1999-2008

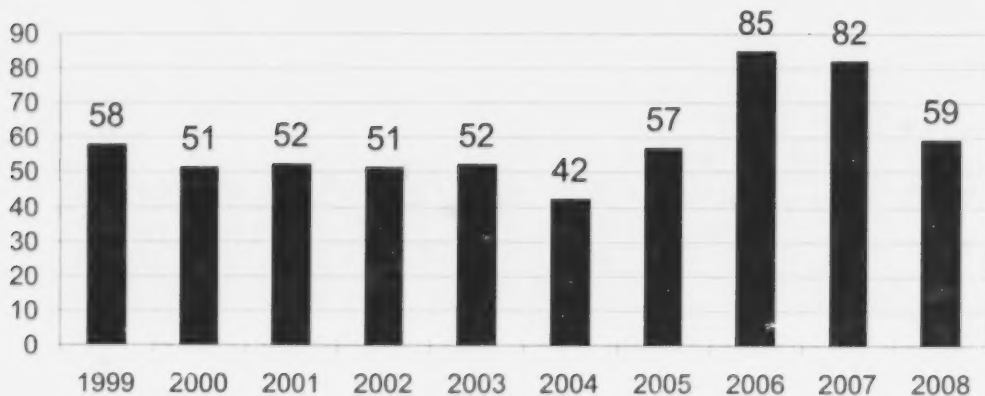


Décès accidentels 1999-2008



Remarque : À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.

Morts dont la cause est inconnue 1999-2008



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2008	3
Rapports d'enquête soumis du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2008	3

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(1^{er} janvier au 31 décembre 2008)

Policrière	Homicides	1
	Total	<u>1</u>
Enfants pris en charge	Suicides	1
	Total	<u>1</u>
Travail	Accidents	1
	Total	<u>1</u>
TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2008		3

Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés – 2008

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du gouvernement du Manitoba à l'adresse suivante : www.manitobacourts.mb.ca/index.fr.html

DOSSIER DE CAS N° 1989/05

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Une résidente âgée de 14 ans vivant dans un foyer de groupe a été trouvée pendue dans un garage. Une amie l'a trouvée. Le jour en question, la résidente avait reçu de l'argent en échange pour des actes sexuels et avait utilisé cet argent pour acheter de la cocaïne épurée. La personne en question et une amie sont entrées dans un garage sur la rue Victor et se sont endormies. Un peu plus tard, une autre amie est arrivée au garage et a trouvé pendue la personne décédée.

Recommandations judiciaires :

1. Un sommet auquel participeraient tous les intervenants (la police, les travailleurs de protection de l'enfance, les autorités judiciaires, les groupes communautaires, les groupes autochtones, les organismes gouvernementaux, etc.) devrait être organisé afin d'examiner tous les moyens législatifs, juridiques et d'application de la loi possibles pour créer une stratégie visant à lutter contre l'exploitation sexuelle et l'usage des drogues dont sont victimes les enfants dans nos rues.
2. Création d'une unité spécialisée et multidisciplinaire qui se consacre à la mise en œuvre de la stratégie choisie dans le cadre du sommet.
3. Programmes ou ateliers dans les réserves visant à sensibiliser les enfants et leurs parents aux dangers de la consommation de drogues.

Le médecin légiste en chef a proposé six recommandations dans la section n° 10 du rapport présenté au ministre des Services à la famille et du Logement.

4. Le médecin légiste en chef recommande que la Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières nations du sud du Manitoba (Régie du Sud), en collaboration avec le Southeast Child and Family Services Committee et les comités locaux d'aide à l'enfance, utilise des plans globaux d'évaluation des risques pour les familles et les enfants afin d'élaborer des plans de placement permanent pour les enfants dont les

circonstances familiales sont semblables à celles de l'enfant décédée et sa famille.
(Section 10 du rapport)

5. Le médecin légiste en chef recommande que le directeur de la protection de l'enfance du Manitoba, en collaboration avec les quatre régies, veille à la mise en œuvre d'un protocole dans les services policiers de la province en ce qui concerne l'identification d'enfants pris en charge lorsqu'ils décèdent. (Section 10 du rapport)
6. Le médecin légiste en chef recommande que le Southeast Child and Family Services Committee tienne des dossiers de cas conformément aux normes provinciales, y compris l'ajout, dans ses dossiers, de sommaires des événements marquant la vie des familles et des enfants qui reçoivent les services. (Section 10 du rapport)
7. Le médecin légiste en chef recommande que le Southeast Child and Family Services Committee revoie ses politiques sur les placements initiaux et ultérieurs des enfants dans le système de placement en foyer nourricier dans le but de trouver des moyens de réduire le nombre de placements. (Section 10 du rapport)
8. Le médecin légiste en chef recommande que le Southeast Child and Family Services Committee, avec l'aide de la Régie du Sud et en collaboration avec son service de placement en foyer nourricier et ses parents nourriciers, revoie les placements initiaux et ultérieurs des enfants dans les foyers nourriciers. (Section 10 du rapport)
9. Le médecin légiste en chef recommande que la Direction des services de protection des enfants et les régies veillent à ce que les normes fondamentales de la Province comprennent des dispositions pour des visites préalables au placement lorsque des enfants sont placés dans des circonstances non urgentes ou lorsqu'il s'agit de placements ultérieurs. En attendant, il recommande également que le Southeast Child and Family Services Committee veille à ce que les enfants aient des visites préalables au placement (dans des circonstances non urgentes ou lorsqu'il s'agit d'un placement ultérieur). (Section 10 du rapport)
10. La mise en place d'un dispositif de repérage qui déclenche l'examen d'un dossier précis une fois qu'un critère établi a été atteint. Le critère peut être un événement (divulgence d'abus sexuel), l'écoulement du temps (aucun examen depuis un an) ou un nombre de placements (plus de cinq). Ce ne sont que quelques exemples et il incombe aux régies d'établir des critères qui permettront de veiller à ce qu'un dossier précis fasse l'objet d'un examen ou d'un suivi dans de telles circonstances. On suppose évidemment qu'il y a de la documentation appropriée et à jour, sinon un tel dispositif de repérage est inutile.
11. Il faut trouver des ressources pour créer et renforcer les services préventifs nécessaires dans tout système de protection de l'enfance. Afin d'essayer de garder l'enfant dans une famille, il faut donner du soutien à la famille pour l'aider dans les domaines dans lesquels il lui manque les outils nécessaires. Le milieu local des services de garderie peut offrir des conseils essentiels à cet égard.

12. Il faut poursuivre des discussions urgentes de manière continue pour réévaluer les mécanismes de financement appropriés utilisés par les gouvernements fédéral et provincial afin de prendre des mesures à l'égard des questions cruciales de protection de l'enfance qui touchent durement les collectivités des Premières nations.
13. Il faut prendre des mesures pour veiller à ce que les dossiers d'enfants pris en charge soient versés dans le Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille (SISEF) et que ces dossiers soient maintenus et mis à jour.
14. Que la Régie du Sud, en collaboration avec la Province, essaye de trouver et de mettre en œuvre une solution aux problèmes de connectivité du Southeast Child and Family Services Committee en ce qui concerne le SISEF.
15. Que la Régie du Sud entreprenne un examen de l'assurance de la qualité du Southeast Child and Family Services Committee et que cet examen soit prioritaire. L'examen devrait être exhaustif et devrait inclure les éléments suivants, sans toutefois s'y limiter : structure de gouvernance, financement, charges de travail, pratiques concernant les dossiers, dépenses (fonctionnement et entretien, fédérales et provinciales), dotation en personnel et structure organisationnelle. L'examen devrait inclure les dossiers de cas de l'organisme, y compris chaque enfant pris en charge, pour veiller à ce que les évaluations appropriées et les plans d'intervention soient terminés. La Régie du Sud doit élaborer un plan de mesures correctives pour les lacunes de l'organisme.
16. Que la Régie du Sud collabore avec le Southeast Child and Family Services Committee pour établir des résultats et des mesures des résultats pour ce dernier, surtout en ce qui concerne les enfants pris en charge. Cela pourrait aider à relever plus rapidement les cas qui manquent de planification et les cas pour lesquels les pratiques de l'organisme ne respectent pas les normes. Par exemple, un des résultats pourrait être de limiter le nombre de placements sur une période de temps définie. Les données utilisées pour mesurer ce résultat permettraient d'identifier les enfants ayant un nombre de placements au-dessus du seuil acceptable. L'organisme et la Régie pourraient ainsi repérer de tels cas et prendre des mesures correctives.
17. Que le Southeast Child and Family Services Committee, avec l'aide de la Province et de la Régie du Sud, veille à ce que tous les membres de son personnel reçoivent la formation complète nécessaire pour utiliser SISEF et le Système de modules relatifs à l'accueil et à la réception des demandes, et que les deux systèmes soient utilisés au maximum dans l'organisme.
18. Le Southeast Child and Family Services Committee, avec l'aide de la Régie du Sud, devrait offrir une formation à son personnel dans les domaines suivants :
 - gérer et maintenir des dossiers de cas;
 - utiliser les meilleures pratiques en ce qui concerne le placement d'enfants à l'extérieur du foyer familial;

- faire des évaluations exhaustives, composer des énoncés diagnostiques et établir un plan d'intervention fondé sur l'évaluation;
 - formuler des objectifs et élaborer des services de planification de contrats pour le traitement des cas;
 - mettre la sécurité de l'enfant au premier plan dans les interventions, tout en tenant compte des besoins de la famille;
 - fournir des conseils d'aide sociale et une intervention au niveau de la gestion des cas auprès des enfants et des familles;
 - prévenir le suicide et intervenir en cas de menace de suicide;
 - travailler avec les enfants exploités sexuellement.
19. Établir un programme de mentorat pour associer les travailleurs communautaires avec des mentors qui peuvent les aider dans le domaine de la gestion des cas. Le mentorat peut se faire à distance (par courriel ou par téléphone) ou en personne si cela est possible.
20. Les superviseurs jouent un rôle important dans le processus de gestion des cas et font l'assurance de la qualité. La Régie du Sud, en collaboration avec les offices de services à l'enfant et à la famille, devrait élaborer et mettre en œuvre un programme de formation obligatoire pour les gestionnaires et les superviseurs des offices. Il est recommandé que la Province fournisse le financement pour ce programme.
21. La Régie du Sud, en collaboration avec le Southeast Child and Family Services Committee, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et la Province, devrait reconcevoir l'approche et les services utilisés dans les quatre collectivités éloignées (Little Grand Rapids, Paungassi, Berens River, Bloodvein) auxquelles le Southeast Child and Family Services Committee offre ses services. Il faut continuer à mettre la sécurité des enfants au premier plan, c'est-à-dire qu'il faut entamer cette initiative dans le but de créer des collectivités et des familles dans lesquelles les enfants sont en sécurité. Toutes les options devraient être explorées, y compris les ententes de financement flexibles. Étant donné qu'il y a un nombre important d'enfants pris en charge dans ces collectivités, cette initiative est essentielle.
22. La Régie du Sud, en collaboration avec le Southeast Child and Family Services Committee et la Province, devrait élaborer un programme de formation adapté aux quatre collectivités éloignées et conçu pour former le personnel des Services à l'enfant et à la famille. Le programme d'études et le modèle de formation devraient être adaptés aux facteurs géographiques, linguistiques et culturels des gens visés tout en permettant aux diplômés du programme de respecter les normes de qualification de la main-d'œuvre.
23. La Province du Manitoba devrait terminer l'élaboration des normes fondamentales conjointement avec les quatre Régies. Les quatre Régies devraient aussi terminer l'élaboration des normes adaptées à la culture et la Province devrait collaborer avec les Régies afin d'accélérer ce processus.

24. Que l'on considère la possibilité, pour les organismes sans but lucratif, d'avoir accès à un avocat, et que les honoraires soient payés pour eux, ce qui pourrait faciliter les travaux pour les enquêtes médico-légales à l'avenir.
25. Que l'on examine les possibilités de financement pour offrir des ressources en matière de santé mentale aux offices et à d'autres organismes qui pourraient ensuite offrir ces ressources à leurs clients.
26. Il faut examiner en profondeur la prévalence des abus sexuels dans les familles et les risques connexes et considérer ces questions comme préoccupations majeures dans le système de protection de l'enfance. Il faut prévoir des ressources pour un tel examen.
27. Nécessité d'avoir davantage de ressources pour la création d'un plus grand nombre de lits dans les établissements de soins en résidence pour les jeunes courant un grand risque d'exploitation sexuelle et de toxicomanie.
28. Élaboration d'un protocole qui offre plus de ressources et un soutien accru aux jeunes qui signalent des cas d'abus sexuel. Ce protocole soulignerait la nécessité de mener immédiatement une enquête quand de tels cas sont signalés.

DOSSIER DE CAS N° 1916/00

Cause du décès : Brûlures couvrant 95 % du corps en raison d'une explosion dans une exploitation minière

Nature du décès : Accident

Circonstances : Steven Ryan Ewing est décédé le 16 août 2000 au Centre des sciences de la santé, à Winnipeg, au Manitoba, à l'âge de 33 ans. Il est mort des suites des blessures qu'il a subies pendant l'explosion ou la série d'explosions ayant eu lieu le 8 août 2000, à Flin Flon, au Manitoba. M. Ewing a subi ses blessures dans le cadre de ses fonctions en tant qu'employé de la Hudson's Bay Mining and Smelting Co. Limited. Douze autres personnes ont subies des blessures en raison de l'explosion ou des explosions.

Recommandations judiciaires :

1. Le Conseil consultatif créé en vertu de l'article 15 de la *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail* et le comité permanent créé en vertu du *Règlement sur l'exploitation minière* devraient revoir mes recommandations et fournir un rapport au ministre.
2. La *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail* et ses règlements d'application devraient être modifiés pour indiquer qu'aucun travailleur ne devrait être attaché à une machine mobile.
3. Le *Règlement sur l'exploitation minière* devrait être modifié pour y inclure une définition de « quasi-accidents » et obliger toutes les personnes dans le milieu de travail à signaler les « quasi-accidents ».
4. Le *Règlement sur l'exploitation minière* devrait être modifié pour indiquer ce qui suit :
 - a) On ne devrait jamais permettre que l'eau entre en contact avec des matières en fusion, quelles que soient les circonstances.
 - b) S'il faut utiliser de l'eau dans des locaux où il y a des matières en fusion, on devrait d'abord démontrer à l'aide d'une étude technique que l'eau peut être utilisée sans danger et l'étude doit préciser les paramètres et les restrictions s'appliquant à l'utilisation de l'eau.

5. La *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail* devrait être modifiée pour y inclure une marche à suivre systématique et spécifique à suivre pour maîtriser les dangers repérés, conformément à la section sur les marches à suivre systématiques et la sécurité.

DOSSIER DE CAS N° 0270/05

Cause du décès : Blessures par balle

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Un homme de 18 ans était apparemment en train de commettre un vol lorsque des agents du Service de police de Winnipeg l'ont confronté. Il brandissait un tournevis et un agent lui a dit à plusieurs reprises de le lâcher. Étant donné qu'il a continué de s'approcher des agents avec le tournevis, ces derniers ont essayé de le repousser à l'aide de vaporisateurs de poivre. L'homme n'a toutefois pas été décontenancé ou désorienté et a continué à s'avancer vers un agent de manière menaçante. Encore une fois, on lui a demandé à plusieurs reprises de lâcher son arme. Lorsqu'il a refusé de le faire, un autre agent a tiré deux coups de feu sur l'homme. L'enquête a permis de conclure que l'homme abattu ne participait pas au vol, mais qu'il y avait un mandat pour son arrestation.

Recommandations judiciaires :

L'avocat du Service de police de Winnipeg a recommandé que les recrues suivent une formation dynamique de deux jours axée sur les scénarios. Cette formation facultative est aussi offerte aux agents qui la demandent.

Le Service de police de Winnipeg devrait évaluer de telles situations et élaborer des formations axées sur des scénarios semblables aux cas réels afin d'évaluer les différentes techniques qui pourraient être utiles dans ce genre de situations. Ce type de formation devrait être offert aux agents et être obligatoire à certains intervalles pendant la carrière des agents.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE *

Année	Hommes	Femmes	Total
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003	25	18	43
2004	20	22	42
2005	30	24	54
2006	21	21	42
2007	30	31	61
2008***	21	12	33
Total	279	226	505

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

***Une partie de l'année seulement (1^{er} janvier au 14 septembre)

L'ancien article 10 de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* a été abrogé le 15 septembre 2008. Le mandat d'examiner les services fournis à l'enfant décédé et à ses parents ou tuteurs, au cours de l'année précédant le décès de l'enfant, par un office constitué en société en vertu de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, a été transféré au Bureau du protecteur des enfants. La portée des examens a été élargie et les examens sont maintenant réalisés conformément à l'article 8.2.3 de la *Loi sur l'élargissement du mandat du protecteur des enfants*. Pendant la période de transition du 1^{er} janvier au 14 septembre 2008, les examens réalisés en vertu de l'article 10 ont été faits sous la direction du médecin légiste en chef, avec l'aide de ressources additionnelles fournies par le ministère des Services à la famille et du Logement et le Bureau du protecteur des enfants. Pendant cette période, 39 rapports ont été rédigés et présentés à titre confidentiel au ministre des Services à la famille et du Logement. Treize de ces 39 rapports ne contenaient aucune recommandation. L'ensemble des 26 autres rapports contenaient 71 recommandations faites par le médecin légiste en chef.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires
du présent rapport, adressez-vous au :

**Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6**

**Téléphone : 204 945-2088
Télécopieur : 204 945-2442**

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du gouvernement
du Manitoba.

www.manitobacourts.mb.ca/inquest_reports.fr.html

